

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 27 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Le Docteur Henri FRAGNAUD

Né à Poitiers (Vienne), le 13 août 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RECTITE PROLIFÉRANTE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. POLAILLON, professeur.
HUMBERT et QUÉNU, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 27 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Le Docteur Henri FRAGNAUD

Né à Poitiers (Vienne), le 13 août 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RECTITE PROLIFÉRANTE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. POLAILLON, professeur.
HUMBERT et QUÉNU, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

535

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL..
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	BEAUGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRE.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	RETTÉTER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULIE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553815_0053

PRÉFACE

Ainsi qu'il sera facile de le constater, en parcourant ce modeste travail, la plus grande incertitude règne encore sur la véritable nature de la « rectite proliférante ».

L'Anatomie pathologique, base sérieuse de toute classification, est encore pleine d'incertitude en ce qui concerne cette affection.

Si les examens, pratiqués avec le plus grand soin, sur telle ou telle pièce, sont d'une précision absolue, en ce qui concerne le cas particulier qu'ils visent ; du moins, ils sont impuissants, à nous donner une règle générale permettant de définir pathologiquement l'affection qui nous occupe.

Nous n'avons pas eu la prétention d'apporter de nouveaux documents à la liste déjà longue de ces examens ; mais il nous a semblé, qu'en dehors de toute considération anatomo-pathologique, il existait, au point de vue clinique, une entité morbide répondant au titre que nous avons choisi.

C'est donc, nous le répétons, une étude surtout

clinique que nous avons désiré faire, secondé en cela, par la surveillance de Monsieur Gérard Marchant, qui a bien voulu nous communiquer quelques unes de ses très intéressantes observations personnelles.

Qu'il reçoive ici l'assurance de notre parfaite gratitude.

Avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, nous tenons à remercier tous ceux qui dans le courant de nos études médicales nous ont soutenu et nous ont prodigué les marques de leur intérêt.

M. le professeur Berger en voulant bien accepter la présidence de cette thèse nous a fait un honneur dont nous sommes fiers, à juste titre. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de nos plus sincères remerciements.

Nous avons été pendant trois mois l'auditeur attentif de M. le professeur Tarnier et nous conservons précieusement le souvenir de son enseignement magistral.

M. le professeur Dieulafoy dont nous avons suivi avec assiduité le service pendant plus d'un an demeurera toujours pour nous le maître incontestable dans l'art du diagnostic.

Nous avons eu la bonne fortune d'être à des titres divers, l'élève de MM. Duplay, Variot, Tuffier, Delbet, pendant les stages que nous avons accomplis dans les hôpitaux de Paris. Qu'il nous soit permis de leur exprimer ici toute notre reconnaissance pour les

excellents préceptes que nous avons puisés à leur école.

Enfin, que M. Ogier nous laisse le remercier de l'affabilité avec laquelle il nous a ouvert son laboratoire et aidé de ses conseils.

Nous n'avons garde d'oublier nos premiers maîtres de l'école de Poitiers, qui ont eu la tâche aride de nous inculquer les premiers principes des sciences médicales.

Que M. Lenoir, interne des Hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous communiquer ses observations et nous guider dans la rédaction de ce travail, reçoive ici l'assurance d'une gratitude que nous sommes heureux de devoir aussi à ses collègues, nos amis, Lapeyre, Labbé et Villières pour l'amabilité avec laquelle il nous ont toujours prodigué leurs conseils.



**Historique. — Définition. — Limitation
du sujet.**

Evidemment, si le nom que nous employons pour désigner l'affection spéciale qui nous occupe est de date relativement récente, il n'en est pas moins vrai, que la connaissance des proliférations rectales et ano-rectales, est ancienne ; ce n'est cependant que depuis une époque en somme peu reculée, que les auteurs se sont occupés de distraire des cadres nosologiques préexistants le syndrome *rectite proliférante*. La bibliographie nous apprend qu'une des premières observations de ce genre date de 1836 et est due à Rognetta (1). Nous la reproduirons du reste l'estimant curieuse, tant au point de vue historique qu'à celui des renseignements qu'elle nous donne sur l'étiologie de notre affection. Il ne semble pas avoir poussé très loin l'étude des tumeurs auxquelles il avait affaire. Il les compare sans insister aux verrues en général.

Avec Gosselin (2), les verrues du rectum de

(1) Rognetta. Verrues de l'Intestin rectum, Gaz. méd. Paris 18 Juin 1836.

(2) Gosselin. Clinique de la Charité, vol. 3 page 330.

Rognetta deviennent des « polypes granuleux » il mentionne en effet, dans une observation, l'existence de petites tumeurs, analogues à des polypes du rectum, mais en différant « par la présence de grains nombreux à leur surface ». Il est très probable qu'il s'agit là de productions analogues à celle que nous étudions ; mais le clinicien de la Charité ne semble pas porté à différencier d'une manière nette, l'affection qu'il décrit, du vulgaire polype du rectum.

Avec Reclus (1), la question se précise nous trouvons une définition clinique parfaite de la maladie, lorsqu'il nous parle de ces molluscums pileux de la région ano-rectale..... tumeurs formées par une sorte de diverticule, un prolongement de la muqueuse ou de la peau dont elles ont la couleur....., souples, molles, pendantes, ou arrondies, pédiculées ou sessiles, souvent semblables à une bourse vide, à une vessie dégonflée, ou à un grain de raisin dont on aurait retiré la pulpe. »

Voici donc les proliférations devenues « molluscums »

Daniel Mollière (2), Hamonic (3), dont l'excellente thèse est, croyons-nous, la première portant l'épigraphe : Rectite proliférante, et plus récemment Delbet et Mouchet (4) envisageant la question sous un-

(1) Arch. gén. méd. 1885, VII p. 271.

(2) Mollière, maladies du rectum.

(3) Hamonic, Thèse de Paris. 1885.

(4) Delbet et Mouchet, Archives gén de Méd. 1893, T. II.

aspect différent. De la lecture de ces auteurs, il semble en effet résulter qu'ils rapprochent les productions de la rectite proliférante de ces tumeurs décrites par les chirurgiens anglais Curling (1), Quain (2) etc. sous le nom de « Villous tumeurs » et dont ce dernier auteur dit « qu'elles semblent être identiques au néoplasme que Rokitanski a dénommé cancer vilieux et qu'il a décrit comme très voisin du cancer hematode ».

Enfin dans un travail très documenté paru récemment, M. Sourdille (3), amené à considérer, dans une étude sur les rétrécissements du rectum, plusieurs cas de rectite proliférante donna des résultats très concluants en faveur de la tuberculose. Nous aurons du reste dans le courant de cette thèse l'occasion de revenir sur ce travail.

Ainsi donc, et sans développer plus largement ce rapide historique, nous voyons s'accuser l'incertitude des résultats anatomo-pathologiques dont nous parlions au début de notre travail, du moins en ce qui concerne un type morbide bien défini. Il semble donc évident, ainsi que nous le disions, qu'une définition générale ne saurait s'appuyer sur l'anatomie pathologique.

Devons-nous donc nous appuyer sur l'étiologie ? Pas davantage, car nous verrons plus loin, et il serait

(1) Curling : Diseases of the rectum.

(2) Quain : Diseases of the rectum, London, 1855,

(3) Sourdille : Bulletin Soc. anat., Paris, Décembre 1894, et archives gén. méd., 1895

prématuré d'aborder dès maintenant cette question, que les causes les plus variées peuvent être invoquées dans la genèse des proliférations rectales.

Mais si, ainsi que nous l'avons dit, nous nous plaçons sur le terrain de la clinique, nous trouvons au contraire réunis un ensemble de symptômes, une évolution, des complications qui vont faire un tout de ces faits épars qui nous embarrassaient.

Nous reproduisons plus haut la définition symptomatologique si claire et si nette de M. Reclus : rapprochons-la de celle d'Esmarch (1) : « Dans les tumeurs bénignes qui peuvent siéger sur la muqueuse intra-rectale, il existe des tumeurs ordinairement molles, ayant la forme d'un polype effilé, d'un chou-fleur, elles peuvent avoir la grosseur d'un œuf de pigeon, etc. ». Nous pourrions multiplier les définitions, les citations, notre syndrome morbide se dessine et nous arrivons à la définition de MM. Quenu et Hartmann (2). « Dans ces formes graves de la rectite il y a le plus souvent développement de végétations à la surface de la muqueuse..... Lorsque ces végétations atteignent un volume considérable et lorsque par leur nombre elles prennent le pas sur les autres lésions, on se trouve en présence de la rectite dite rectite proliférante...

(1) Esmarch Cf. Hamonic.

(2) Quenu et Hartmann. Chirurgie du rectum. Paris, 1895.

il se développe alors, le plus souvent, des tumeurs anales, tantôt sous forme de massue ou de poire, pleines ou flétries, grisâtres ou rosées suivant leur siège cutané ou muqueux, tantôt sous forme de végétation vulgaires..... Dans quelques cas, plusieurs tumeurs nées de points voisins de la muqueuse se réunissent pour constituer des masses plus grosses. »

Mais n'empiétons pas sur la symptomatologie, et bornons nous, pour caractériser nettement l'affection qui nous occupe, à ajouter dès maintenant à cet ensemble de signes, la notion de l'évolution qui aboutit le plus souvent, le fait est vrai dans nos trois observations, à la production d'un rétrécissement.

Avant d'abandonner ce chapitre déjà trop long, à notre gré, de définitions et de limitation, nous nous permettons de rappeler l'attention sur le point suivant : bien que nous nous occupions d'une rectite proliférante, nous avons à considérer aussi des lésions anales. « Ano-rectite proliférante » serait donc un titre plus juste.

Dans la citation empruntée à Quenu et Hartmann nous trouvons ces mots : « Lorsque ces végétations atteignent un volume considérable » c'est qu'en effet et nous en avons le droit, puisque nous nous appuyons sur une définition symptomatologique, nous laisserons systématiquement de côté certains cas où la lésion syphilitique, tuberculeuse ou autre se présente sous forme de fines granulations. (Par exemple,

l'observation III page 67, de Quenu et Hartmann). Le clinicien, en présence de ces cas, prononcera plus volontiers les noms de rectite granuleuse, de tuberculose muqueuse (Ex. obs. XVI p. 107, empruntée à Duplay), que celui de rectite proliférante. Il n'y a peut être là qu'une question de mots, dira-t-on ? Nous répétons encore une fois qu'il nous semble légitime au point de vue clinique de nous restreindre à une catégorie de faits morphologiquement et évolutivement semblables.



LÉSIONS

Semblables à celle de la rectite proliférante et développées
sur d'autres muqueuses que celle du rectum.

Avant d'entrer dans le détail de notre sujet, il nous semble utile de rappeler que le fait pour une muqueuse de se recouvrir de proliférations à la suite d'une inflammation, quelle qu'en soit la nature, n'est pas particulier à la muqueuse rectale, Carl Wedl (1) cité par Hamonic a trouvé des tumeurs vésicales se rapprochant absolument comme aspect des proliférations rectales. Wagner en a décrit de semblables dans l'intestin, d'autres auteurs sur la pituitaire, Rokitsanski sur la paroi supérieure du vagin Hamonic (2) rapporte un bel exemple de tumeurs vaginales « rappelant tout à-fait l'aspect des grosses tumeurs proliférantes du rectum. »

A côté de ces faits, il convient de placer ceux exposés par les anatomo-pathologistes de l'école de Necker.

Dans le travail de Hallé et Wassermann (3) sur la

(1) Carl Wedl. Rudiments of pathological histology. London 1855.

(2) Hamonic. Thèse. obs. 6, page 66.

(3) Noël Hallé et Melville Wassermann. — Annales des maladies des organes génitaux urinaires 1891, 1894, p. 298.

constitution des rétrécissements uréthraux nous trouvons en effet les documents suivants :

« Dans les cas les plus typiques de rétrécissements blennorrhagiques, on peut rencontrer au niveau du point rétréci des végétations polypeuses de la muqueuse ». Et ailleurs :

« La seule lésion intéressante du derme muqueux sur laquelle nous voulions revenir, c'est la formation pathologique de papilles et même de végétation intra-uréthrales dans ces cas. Presque dans tous les points où l'épithélium est devenu pavimenteux, le derme présente des saillies plus ou moins accentuées en forme de papilles rudimentaires qui donnent à la ligne basale de l'épithélium une disposition irrégulièrement sinueuse : ces saillies sont nivelées sous l'épithélium et ne forment aucun relief à la surface de la muqueuse...

En d'autres points on voit de véritables végétations simples ou ramifiées faisant saillie dans la lumière du canal. Elles sont constituées par du tissu embryonnaire et revêtues d'épithélium. Quelques unes ont des vaisseaux capillaires. Ces formations pathologiques semblent naître de préférence sur les points où le derme muqueux est envahi par une abondante infiltration parvicellulaire.

Ainsi donc : production pathologique de papilles et production de prolifération même en dehors de toute cause diathésique ne sont pas des phénomènes particuliers à la région ano-rectale.

Symptomatologie et évolution

DÉBUT. — PÉRIODE DE PHLEGMASIE RECTALE

De même que les végétations décrites dans l'urèthre ont leur apparition subordonnée à la blénorrhagie, les productions de la rectite proliférante sont précédées par une inflammation de la muqueuse, par une période de rectite. Cette étape, bien mise en lumière par Hamonic, alors qu'elle était peut-être ignorée à cette époque de beaucoup d'auteurs, est aussi nettement établie par les auteurs les plus récents : Quenu et Hartmann par exemple. Evidemment, et surtout si l'on met à part les cas, relativement rares, où des phénomènes d'une acuité accidentelle, auront amené le malade à consulter rapidement, nous devons nous attendre à voir plus souvent les sujets atteints de rectite proliférante se présenter à nous au moment où les symptômes locaux et fonctionnels sont absolument confirmés. Néanmoins l'interrogatoire nous apprendra que ces malades sont passés par une période de troubles plus ou moins accusés, plus ou moins intenses, qui, toutes réserves faites sur la rapidité avec laquelle ils se seront succédés, se ramènent assez aisément au cadre nosologique des rectites aiguës ou su-

baigües. Sans préjuger du passé rectal du malade ni de la cause immédiate qui a pu passer inaperçue, le patient avoue une période de douleurs tantôt modérées, intermittentes, tantôt, au contraire, aiguës paroxystiques, irradiantes, accompagnée d'épreintes, de ténésme du à la contraction du spincter, qui fait rarement défaut aux phlegmasies du rectum.

Parfois l'on note à cette époque un écoulement glaireux qui même peut être hémorrhagique ; et, si le praticien peut découvrir l'affection à cette période, l'examen et le toucher local lui feront découvrir une muqueuse rouge, épaissie, ayant perdu sa souplesse. Si l'affection tourne court et évolue vers la guérison, le cas n'est plus de notre ressort ; si au contraire, nous constatons une fâcheuse tendance à la chronicité, attendons-nous à voir apparaître les végétations caractéristiques de la période suivante :

2° Période de prolifération.

Le hasard ne nous permettra pas, en général, d'assister à l'apparition des tumeurs ano-rectale. En tous cas, nous constaterons qu'elles parviennent bientôt à leur développement ; ce sont alors, nous le répétons, des tumeurs plus ou moins grosses, morphologiquement plus ou moins dissemblables, ainsi que nous allons le voir, mais ce sont des tumeurs, et, ainsi que nous l'avons dit en nous appuyant sur notre définition symptomatologique, nous ne rangeons pas dans la catégorie *rectite proliférante* les productions.

comparables à un semis de grains de mil ou de têtes d'épingles sur une muqueuse plus ou moins saine.

Quoiqu'il en soit, nos proliférations sont constituées, à la période d'état, par de petites masses allant de la grosseur d'un pois à la grosseur d'un quartier d'orange, de consistance tantôt molle, tantôt visqueuse. Si parfois elles donnent au doigt l'impression d'une hémorroïde turgescente, tantôt au contraire flasques et flétries elles rappellent assez une dilatation veineuse vide du sang. Généralement très nombreuses elles envahissent non seulement la région anale, mais souvent encore une assez grande hauteur dans le gros intestin. Nous en voyons un bel exemple dans notre observation 3. D'ordinaire sessiles elles sont parfois pédiculées au point de pouvoir devenir procidentes. Leur couleur varie suivant la région qu'elles occupent : plus ou moins rouges sur le rectum, elles sont au contraire grisâtres au pourtour de l'anus, leur coloration étant naturellement intermédiaire à la limite des deux zones.

La surface des proliférations généralement lisse est parfois hérissée de petites végétations secondaires.

Le toucher qui nous a renseigné sur ces divers caractères, nous permet de constater également l'état de la muqueuse. Avons-nous donc toujours ici l'intégrité de la muqueuse dont parle Hamonic ? Nous ne le croyons pas ; fréquemment, au contraire, nous noterons que l'épaississement phlegmatique de la pre-

mière période a laissé des traces durables ; le plus souvent, le processus n'est pas seulement proliférant, il est sténosant. Quoiqu'il en soit, nous devons à la vérité d'avouer que la sensation donnée par le toucher ne rappelle en rien celle qu'il donne dans les cas de syphilome ano-rectal.

Les troubles fonctionnels relativement peu importants pendant le premier stade de l'évolution s'accroissent.

L'anus est le siège d'un écoulement puriforme à peu près continu, fréquemment des hémorrhagies se produisent, leur répétition devant une nouvelle source d'inquiétude pour le malade que vient encore tourmenter la sensation de corps étranger si fréquente dans l'histoire des affections du rectum. Si les phénomènes douloureux semblent plutôt s'être amendés, en revanche nous voyons déjà apparaître quelques changements de forme des matières fécales. Il n'y a pas encore, à proprement parler, de rétrécissement, mais les tumeurs qui obstruent le rectum, rendent les garde-robes pénibles, même douloureuses. Nous nous plaçons notons-le bien en dehors de toute complication.

On conçoit qu'un tel cortège de symptômes locaux et fonctionnels, ne peut être sans influence sur la santé générale du porteur de ces lésions. Abstraction faite des troubles que la cause initiale a pu faire subir à l'économie, nous voyons déjà le malade affaibli par ses

évacuations purulentes continuelles et par les hémorrhagies répétées, atteint de troubles digestifs, s'acheminer vers la cachexie qui n'est que trop souvent l'aboutissant de la rectite proliférante, même à la période que nous envisageons,

PÉRIODE DE RÉTRÉCISSEMENT. — TERMINAISON

Il semble ressortir d'une façon évidente de la lecture des trois observations que nous avons eu la bonne fortune de rassembler, que la rectite proliférante évolue fatalement vers le rétrécissement du rectum. Le fait n'est pas toujours évident, car nous voyons Hamonic, dans sa thèse, ne pas assez affirmer l'existence d'une troisième période, chose qui ne nous paraît plus discutable à l'heure actuelle. L'opinion des auteurs classiques paraît faite à ce sujet,

Nous disons donc que normalement, la rectite proliférante tend au rétrécissement sans toutefois nier la possibilité du *statu quo* dans certains cas.

Que dire des phénomènes auxquels nous allons assister maintenant, sans tracer à nouveau le lamentable tableau de l'évolution d'une sténose rectale quelle que soit sa nature ?

Pendant un temps plus ou moins long, notre malade n'est averti du sombre avenir qui se prépare pour lui que par des phénomènes d'abord vagues,

puis s'accroissant de plus en plus. C'est d'abord une constipation dont la ténacité ne fait qu'aller en augmentant, coupée parfois par de véritables débâcles; bientôt les rétrécissements s'accroissent et surviennent des crises de douleurs horribles avec ballonnement du ventre, troubles nerveux, dysurie, enfin, tout le cortège de l'occlusion intestinale. Cependant il nous a semblé constater ce fait dans l'évolution certainement lente des cas que nous reproduisons, (voy. obs. N° 1) que la marche est moins rapide que dans les cas de cancer du rectum. Seulement, dans un cas comme dans l'autre, le malade amaigri, cachectisé, épuisé et anémié par ses continuelles pertes de sang, exposé aux conséquences de la stercorémie, en proie à la plus sombre hypochondrie, succombe si, par une intervention faite à temps et judicieusement, le chirurgien n'est pas venu apporter un remède ou tout au moins un palliatif à ses souffrances.

Est-ce à dire que l'évolution de la maladie soit nécessairement fatale? Sans empiéter sur l'étude du pronostic, qui ne trouvera logiquement sa place qu'à celles des causes de l'affection, nous devons évidemment mentionner, dès à présent, l'évolution naturelle vers la guérison, ou du moins vers l'amélioration.

De nombreux exemples, d'autre part, sont actuellement rappelés, de guérisons dues manifestement à l'intervention opératoire.

Nous nous inclinons devant les faits, tout en ne pouvant nous empêcher de rappeler la triste impression que nous ont causé les trois malades que nous avons vu.

COMPLICATIONS

Nous avons décrit l'évolution de la rectite proliférante à ses trois périodes, sans nous occuper, avant d'arriver aux phénomènes d'occlusion intestinale causés par le rétrécissement, des diverses complications qui peuvent venir l'aggraver. C'est qu'en effet, les phénomènes morbides qui compliquent la rectite proliférante sont ceux que nous relevons dans l'histoire des affections rectales décrites partout, rectites et néoplasmes, végétations et rétrécissements.

Les phlegmons et abcès péri-utéraux, les fistules de toutes nature, la pelvi-péritonite, le prolapsus rectal, viennent trop souvent joindre leurs action néfaste à celle de l'affection qui les engendre.

Si d'autre part, à la période d'état, nous avons noté l'hypochondrie, l'anémie, la dyspepsie, l'épuisement général, nous ne devons pas moins nous souvenir des lésions rectales plus ou moins ulcérées, qui constituent autant de portes d'entrées aux facteurs des infections secondaires, il est également curieux de noter l'invasion tuberculeuse de l'organisme alors que les végétations enlevées et examinées au micros-

cope ne présentent aucun caractère tuberculeux dans leur structure.

Toutes les causes possible de déchéance organique ajoutées à celles que nous avons déjà énumérées, contribuent à précipiter le dénouement fatal que nous considérons comme le plus fréquent résultat **des rectites proliférantes non arrêtées dans leur évolution.**



Etiologie

Nous avons en commençant ce chapitre les mêmes appréhensions que plus haut lorsqu'il s'est agi pour nous de fixer une définition. Si les causes productrices certaines de la rectite proliférante étaient connues, établir un certain nombre de catégories, peut être peu distinctes les unes des autres, au point de vue symptomatologique, mais du moins bien nettes au point de vue de l'influence causale, serait une besogne utile qui contribuerait puissamment à jeter un peu de clarté sur cette question. Au lieu de cela, nous allons voir intervenir comme facteurs étiologiques possibles ou évidents, une foule d'affections parfois sans rapports les unes avec les autres.

Cette raison est une de celles qui nous ont fait comprendre l'étude de notre affection comme celle d'un syndrome.

Et cependant, il est un ordre de faits sur lequel nous ne saurions trop attirer l'attention. Nous disions tout à l'heure que souvent la tuberculose pulmonaire coïncidait avec la rectite proliférante. Des examens consciencieux, contrôlés par l'inoculation et exposés

tout récemment par M. Sourdille (1) ont démontré que très souvent, nous disons souvent et non pas toujours, la production de la rectite proliférante était de nature tuberculeuse. Peu nous importe que l'ensemble du travail soit une étude sur le rétrécissement tuberculeux, que l'auteur a étudiés au point de vue histologique et bactériologique, alors qu'ils avaient été étudiés déjà dans une magistrale étude clinique de M. le professeur Tillaux (2); le plus important pour nous est que des coupes aient été faites sur des productions que médecins et chirurgiens avaient baptisées : rectite proliférante, et que ces coupes aient décelé la tuberculose; que des inoculations aient été faites et qu'elles aient été positives. La tuberculose peut donc être incriminée très souvent, le plus souvent, serions nous tentés de dire, comme cause de la rectite spéciale qui nous occupe.

Un syphilitique peut présenter des lésions spécifiques, ulcérations et syphilides à l'anus, il peut être un candidat au syphilôme ano-rectal; nous devons nous douter, néanmoins, de la possibilité de l'apparition chez lui du processus proliférant dont les manifestations vont se produire parallèlement à celles de la maladie générale, modifiées en rien par l'existence de celle-ci. Nous disons modifiées en rien, et en effet,

(1) Sourdille. Loc. cit.

(2) Tillaux : Médecine moderne 1894, tome V. p. 593.

M. le professeur Cornil a reconnu sur certaines pièces d'Hamonic (1) la structure syphilitique et d'autre part, si l'on se reporte à notre observation n° 3 l'on verra que les lésions de la rectite proliférante chez un syphilitique avéré peuvent fort bien ne présenter aucun des caractères histologiques propres aux productions syphilitiques. C'est là un fait intéressant qui vient confirmer la nécessité de la *rectite initiale*, ici elle est représentée par la syphilide. Le résultat est le même ; comme dans les autres cas, le mode proliférant est créé.

Tuberculose et syphilis sont-elles donc les seules causes à invoquer dans la pathogénie de la rectite proliférante ?

Evidemment non, et toujours, pour les raisons que nous venons d'énumérer, nous devons nous attendre à être forcés d'indiquer une foule de causes inflammatoires plus ou moins banales,

Les thèses, les ouvrages classiques sont remplis d'observations de ce genre que nous avons cru inutile de recopier. Le malade observé par M. Reclus était un bel exemple de succession de toutes les causes incitatives imaginables ; fissure, ulcérations, abcès, diarrhée de Cochinchine, rien ne lui avait manqué. Il est facile en compulsant les auteurs d'ajouter aux affections que nous venons d'énumérer : la fistule, la

(1) Hamonic, thèse, page 23.

sodomie, le prostatisme et toutes les affections inflammatoires des organes voisins.

Il est très probable que la blénorrhagie anale doit être aussi mise en cause. Nous ignorons si la recherche des gonococci a été faite sur de véritables végétations de rectite proliférante, car l'observation rapportée par Quénn et Hartmann, à la page 75 de leur traité n'est pas considérée par ses auteurs et ne saurait, être considérée par nous, comme un exemple de la maladie que nous étudions.

Avant de finir ce chapitre, nous tenons à revenir sur le fait de la rectite initiale. Presque toujours, répéterons-nous, l'interrogatoire du malade révélera un passé rectal.



Anatomie pathologique

Avant d'aborder cette partie de notre travail, nous tenons à prévenir le lecteur qu'il n'y trouvera pas une note personnelle. Sans compétence spéciale en anatomo-pathologie, nous nous sommes bornés, dans ce paragraphe, à faire une revue très sommaire des examens histologiques pratiqués sur les productions de la rectite proliférante, et de la façon dont ils ont été interprétés. Un tel chapitre était le corollaire indispensable de ceux traitant de la définition et de l'étiologie de la maladie, Nous n'avons pas voulu qu'il manque à notre travail.

Au premier examen que nous allons reproduire, s'attache l'autorité d'un nom considérable ; il est en effet dû à Malassez. Il a trait au cas rapporté par M, Reclus, cas auquel nous avons fait allusion un peu plus haut. Il s'agit, pour l'anatomo-pathologiste comme pour le clinicien, d'une production comparable aux molluscum de la peau ; en particulier à ceux de la vulve. « La surface de ces tumeurs présente un revêtement épithélial pavimenteux au-dessous duquel se trouve du tissu conjonctif normal avec ses fibres élastiques nombreuses ses faisceaux de fibres mus-

culaires lisses, de vaisseaux abondants et volumineux qui irriguent le néoplasme en tout sens ».

Pour Hamonic, il s'agit de papillômes. « L'épithélium était absolument analogue à celui de la peau, ce qui se comprend puisque le point d'implantation de la tumeur se faisait à la réunion de la peau et de la muqueuse, Il ne présentait aucune altération....., les papilles étaient remarquables par leurs dimensions considérables dans tous les points et véritablement colossales dans les points où les nodosités superficielles de la tumeur étaient marquées....., les papilles étaient formées d'une substruction cellulaire très délicate dans certains points où un véritable stroma fibreux formait leur charpente. Un grand nombre de cellules embryonnaires remplissaient les espaces situés entre les fibrilles..., nous n'avons trouvé ni fibres élastiques ni fibres musculaires.

Nous savons que très souvent les proliférations sont de nature tuberculeuse ; notre obs. N° 1 nous en donnera un exemple. Nous rapportons l'un des examens de M. Sourdille. Macroscopiquement il s'agit de tumeurs « sessiles » séparées par des intervalles de plusieurs millimètres ; ces végétations ont le volume d'un petit pois. Au microscope : « L'épithélium cylindrique est détruit et remplacé par un épais revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié... soulevé par des papilles grêles et très longues... composées de fibrilles délicates au milieu desquelles sont jetées quelques

cellules rondes et des capillaires., le chorion est le siège d'une infiltration marquée... Dans la sous-muqueuse très épaissie se trouvent, empiétant sur la muqueuse et la musculuse, les nodules tuberculeux. N'est-il pas curieux de voir dans cette observation : Vers la profondeur : la cause, la tuberculose, à la surface : le résultat, la rectite proliférante caractérisée comme nous le trouvions plus haut, chez Hamonïc par l'épithélium pavimenteux et la production anormale des papilles.

Il a été question plus haut de l'opinion de M. le Professeur Cornil, considérant comme syphilitiques les productions soumises à son examen par Hamonïc. Dans ce cas, la cause, la syphilis, a influé sur la nature de la végétation. Nous avons dit que d'autre part les lésions syphilitiques et prolifératives pouvaient évoluer côte à côte sans « déteindre » l'une sur l'autre, si l'on nous permet le mot ; le malade qui fait l'objet de notre observation n° 3 en est un exemple.

Chez lui, syphilitique avéré, l'examen hystologique pratiqué par M. Toupet (1) montre clairement que, chez ce diasthésique, la lésion était purement inflammatoire. « Sur aucune portion de la muqueuse, on ne trouve de revêtement épithélial cylindrique, corné ou autre. La couche la plus superficielle est la couche

(1) Quenu et Hartmann. Loc. cit. p. 288.

embryonnaire, assez épaissie, très vascularisée, avec des vaisseaux la plupart perpendiculaires à la surface de la muqueuse. En dessous, une couche scléreuse avec des travées embryonnaires diffuses. Les couches musculaires parfaitement reconnaissables sont comme dissociées par *des travées* inflammatoires surtout la couche la plus interne (la plus rapprochée de la muqueuse). On ne voit pas de modules et les vaisseaux artériels ne présentent pas d'inflammation de leur membrane interne. »



Pronostic

Maintenant que nous savons que, s'il est légitime, jusqu'à un certain point de parler de la « rectite proliférante » au point de vue symptomatique, il serait plus scientifique en se basant sur l'étiologie de traiter « des rectites proliférantes, » nous pouvons ajouter quelques mots sur le pronostic. Evidemment, il dépendra, dans une large part, de la cause première et il serait contraire à tout bon sens, d'attribuer une évolution de même durée à la rectite proliférante de cause purement inflammatoire et à celle procédant de la tuberculose.

Mais, nous le répétons, les exemples que nous avons eu sous les yeux nous ont laissé une impression défavorable, et nous ne voyons guère, toutes choses égales d'ailleurs, dans la plupart des cas qu'une différence de temps. Les complications périrectales, la cachexie, les résorptions septiques etc., ne sont-elles pas les mêmes où à peu près, l'évolution vers le rétrécissement n'est-elle pas le plus souvent l'aboutissant de l'affection, quelle qu'en soit la cause ?

Le moment n'est pas venu de discuter les moyens dont on dispose pour combattre la maladie ; mais

nous pouvons dire dès à présent qu'ils sont loin de réaliser l'idéal et que fréquemment, la repullulation opiniâtre, des productions extirpées vient à décourager le chirurgien.



Diagnostic

Il ne saurait évidemment pas être question du diagnostic de la rectite proliférante à la première période que nous avons envisagée. Il nous serait en effet impossible de dire, de prime abord, si telle ou telle inflammation du rectum, si telle ou telle irritation sera le point de départ du processus de prolifération. Ce n'est qu'une fois l'ensemble symptomatique bien constitué que nous avons à le différencier des affections pouvant présenter avec lui des analogies plus ou moins grandes.

A la période d'état, l'inspection venant s'ajouter à l'interrogatoire du malade, nous permettra d'éliminer les lésions banales, telles que fistules, fissures, ainsi que les simples causes d'irritation. Cette inspection nous a fait constater la présence de tumeurs ayant un certain volume et ces faits mêmes écartent de nous l'idée de la rectite granuleuse dont nous avons parlé plus haut, et de syphilome ano-rectal, proprement dit (sans productions surajoutées) dont le contact est simplement réche, ou tout au plus chagriné.

Que sont donc ces tumeurs ? Chez les enfants, le fungus bénin du rectum pourrait être évoqué. Nous nous rappellerons que ce granulome se rencontre sur-

tout dans le cas de prolapsus, saignant très facilement il donne au doigt plutôt une impression de mollesse que la sensation de poche flétrie que procurent les proliférations dans les cas où elles cèdent sous la pression du doigt.

Les hémorroïdes subissent des changements de volume et de consistance qui ne se rencontrent pas ici.

Si, sur un sujet d'un certain âge, présentant des tendances marquées à la cachexie rapide, nous trouvons des végétations fongueuses, mollasses, reposant sur une base indurée, nous serons en droit de penser à une néoplasie rectale plutôt qu'à une simple rectite proliférante.

Sans avoir recours aux moyens de diagnostic généraux, l'aspect macroscopique permettra le plus souvent de différencier les polypes. Les polypes glanduleux, grisâtres mous, surviennent surtout chez les enfants jeunes. Les polypes granuleux sont violacés, lobulés, granuleux, villeux,

Enfin on ne confondra pas les végétations de la rectite proliférante avec le bouquet condylomateux si fréquent dans la syphilis tertiaire du rectum, dont les tumeurs indolentes, fermes, un peu élastiques, « en apparence indépendantes, libres par leur sommet sont reliées entre elles par une base commune qui n'est autre que la muqueuse anale (Fournier). » Notons bien que nous ne préjugeons rien ici de l'association

possible des lésions syphilitiques avec celles de la rectite.

A la période de rétrécissement, la sténose est simplement venue s'adjoindre aux proliférations, le diagnostic se fera donc comme nous l'avons indiqué ci-dessus, tout en tenant compte cependant, de la rapidité plus ou moins grande de l'évolution, qui en particulier, dans les cas où l'on soupçonne le cancer, peut nous donner un premier élément de diagnostic.

Pendant ces deux stades, le praticien s'efforce de combattre et de prévenir les complications et les lésions dont nous avons signalé plus haut la fréquente co-existence.

Sans prétendre traiter ici le diagnostic de la cause qui ressort des quelques pages que nous avons consacrées à l'étiologie, nous rappellerons l'utilité si grande ici des moyens de diagnostic généraux. Tantôt la bactériologie nous permettra de déceler la présence de gonococci. Dans un autre cas l'inoculation mettra la tuberculose en évidence ; ailleurs l'anatomie pathologique nous mettra sous les yeux les lésions typiques de telle ou telle affection causale. Enfin dans les cas de syphilis, le traitement peut nous fournir par son efficacité un document précieux.

S'étant entouré de tous ces renseignements, le médecin devra enfin faire un choix parmi les moyens thérapeutiques dont il dispose pour combattre l'affection. Un aperçu du traitement doit donc compléter cette étude.

Traitement

Il est presque banal de rappeler ici que le traitement devra tout d'abord s'adresser à la cause et que toutes les causes d'irritation, fistules, hémorroïdes, fissures, ulcérations, doivent être soigneusement pansées si l'on ne veut voir trop souvent succéder à la première période de l'affection, la véritable rectite proliférante, à pronostic si sombre.

Si d'autre part une affection générale, tuberculose ou syphilis est soupçonnée, la première indication est d'instituer un traitement approprié.

— Une fois la période d'état atteinte, quelle doit être la conduite du chirurgien ?

L'ablation des tumeurs au thermo-cautère ne constitue qu'un moyen palliatif car les lésions ont, ainsi que nous l'avons déjà dit, une tendance très grande à la repullulation. D'autre part, une telle intervention ne vise que le processus de prolifération, sans se préoccuper de la marche sténosante de l'affection, que nous considérons comme à peu près fatale.

Pour traiter la question thérapeutique d'une façon générale, nous supposerons donc que le malade

consultant est porteur à la fois de proliférations et de rétrécissement.

La dilatation lente, progressive et prolongée n'est pas à rejeter, elle doit être appliquée d'une manière continue.

Le malade de notre observation N° 1 qui n'a pas eu à se louer des diverses interventions pratiquées sur lui, a une rectite dont le début remonte à 1889, mais cependant il parvient par le passage continuels de bougies à entretenir une lumière somme toute suffisante au passage des matières ; ceci allant du reste bien avec la lenteur que nous avons souvent constatée dans l'évolution du rétrécissement dû à la rectite proliférante. Notons toutefois que cette dilatation n'est pas toujours bien supportée et peut causer des « douleurs atroces » de la rétention d'urine, des phénomènes inflammatoires.

Nous n'insisterons pas sur l'électrolyse, la dilatation brusque, ni sur la rectotomie interne, opérations qui tendent, croyons-nous, à sortir de la pratique chirurgicale courante.

La rectotomie externe a l'appui de M. le professeur Verneuil. Nous rappelons qu'elle constitue essentiellement à inciser le rectum verticalement, en comprenant dans l'incision toute la hauteur du rectum ; et secondairement à inciser les trajets fistuleux adjoints à la lésion. Rappelons aussi que Lachowski

(1) analysant 32 opérations de rectotomie externe, ne note qu'un seul cas véritablement satisfaisant : celui d'un opéré de Verneuil, revu 9 ans après et parfaitement guérie.

Plusieurs autres méthodes de traitement : rectoplastie, entero-anastomose ont été proposées ; nous n'en parlerons pas, n'ayant jamais eu l'occasion de les voir pratiquer et ne croyant pas que les statistiques les concernant puissent encore donner de résultats suffisamment probants.

La méthode radicale, extirpation du rectum, a trouvé depuis quelques années des partisans convaincus, les résultats immédiats ont souvent été bons, en revanche, les résultats éloignés ont souvent laissé à désirer et il n'est rien moins que prouvé que cette opération mette le patient à l'abri de toute récurrence. En outre, la mort opératoire est possible et nous rappelons l'exemple d'un malade opéré par deux chirurgiens aussi habiles que consciencieux, et qui cependant a succombé au bout de 9 jours, épuisé par une diarrhée sanguinolente, qui avait infecté la plaie opératoire. Il est certain qu'il ne semble pas toujours être indifférent, après avoir réséqué une grande hauteur du rectum, de tirer le bout supérieur pour le coapter à la peau.

(1) Lackowski. Résultats immédiats et éloignés de divers modes de rétrécissement du rectum (Thèse Paris, 1895).

D'autre part, bien des malades arrivent à la consultation dans un état de cachexie avancée qui contre-indique toute opération radicale. Cette raison et la nécessité d'opérer sur un rectum que l'on puisse aseptiser, après avoir détourné le cours des matières, conduisent aujourd'hui bien des chirurgiens à pratiquer d'abord l'anus iliaque et à soigner secondairement le rectum par curage, exirpation, ou tout autre mode. Notre observation N° 4, concernant une opérée de M. Gérard-Marchand, est un exemple des bons résultats que peut donner au point de vue de la seconde opération, la dérivation primitive des matières par la création d'un anus iliaque et nous croyons que sur ce point, l'opinion de l'habile chirurgien est faite,

Nous avons eu la bonne fortune d'entendre tout dernièrement M. le professeur Duplay émettre un avis absolument analogue.

Pour ce qui est du point d'élection de l'anus artificiel, il nous paraît que l'opération de anus iliaque, facile, donnant un bon écoulement des matières, est préférable à la colotomie lombaire. Notons cependant que celle-ci donne la certitude presque absolue de créer un anus au-dessus du niveau supérieur des lésions et qu'il n'en est pas toujours de même dans l'anus iliaque.

Dans notre observation N° 4 on a pu voir, à l'ouverture de l'intestin, une végétation qui témoignait de la hauteur considérable à laquelle s'élevaient les proliférations rectales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Lenoir. interne des hôpitaux

Le nommé L..., âgé de 39 ans et demi entre le 6 février 1894 à l'hospice d'Ivry, chez M. Gérard Marchant. Il est né d'un père hémorroïdaire et d'une mère arthritique.

Dans sa première enfance, il dit avoir eu le « *carreau* » (?) puis un prolapsus du rectum. Depuis il n'a pas eu de dysenterie, il ne présente aucune trace de syphilis ; il ne tousse pas ; il a eu la jaunisse en 88.

Le début des accidents actuels remonte à 89. A cette époque L... a ressenti des douleurs dans les reins ; ses selles étaient normales, mais, peu après, survint un écoulement purulent par l'anus.

L... s'aperçoit qu'il a des *hémorroïdes* (?). Il suit un traitement palliatif.

En décembre 89, un médecin diagnostique des hémorroïdes et une fissure à l'anus. Le malade rentre à l'hôpital Dubois, ou M. Heurteloup lui pratique la dilatation forcée le 3 janvier

90. Opération suivie peu après d'une seconde identique. Il y avait eu déjà des troubles de défécation. Malgré ces deux interventions, la stricture s'accroît, et le malade n'expulse bientôt plus les matières que par *crachats*, comme il dit lui-même.

L'affection se complique alors de deux abcès ischio-rectaux, qui sont ouverts au thermo cautère et dont la cicatrisation s'opère.

M. Schwartz prend alors le service et pratique une troisième dilatation forcée. M. Ricard qui lui succède ne paraît pas avoir fait de nouvelles tentatives.

En janvier 91, le malade entre à Saint-Antoine, chez M. Walther où son traitement se compose de bains (?) et d'introduction de mèches cocaïnées ; traitement qui d'ailleurs n'améliore en rien l'état de L..., qui va se faire ouvrir chez M. B. Auger un autre abcès ischio-rectal. Le rétrécissement a toujours été s'accroissant, et les internes constatent qu'il siège sur une hauteur de 40 cent. et qu'il a 2 cent. de diamètre. On lui ordonne le passage de bougies rectales. Depuis l'état du malade est resté stationnaire.

Etat actuel. — Actuellement, la région anale déformée ne permet pas de reconnaître la disposition normale de l'anus qui est représenté par une fente verticale bordée latéralement de proliférations. Ces tumeurs anales qui ont à peu près la couleur de la peau, quoique un peu violacées, ne dépassent pas le volume d'une petite amande ; elles sont sessiles. Sur la fesse gauche, on voit la trace des interventions faites sur le creux ischio rectal.

Toucher. — Le doigt, introduit dans le canal anal, y sent des productions analogues. Pas de résistance des sphinc-

ters. A environ 6 cent. de l'anus, le doigt atteint la limite supérieure du rétrécissement. La muqueuse devient, relativement s'entend, assez souple. Les végétations occupent tout le point rétréci. La pulpe du doigt est admise très facilement, mais n'atteint pas la limite supérieure du rétrécissement.

Remarques. — Le cas de L... est un exemple frappant de toutes les complications qui peuvent venir aggraver le pronostic de la *rectite proliférante*. Cette observation confirme l'idée que nous nous faisons de la *marche, relativement lente du rétrécissement* et des bons effets que peut donner la *dilatation lente*, appliquée méthodiquement par un malade qui n'avait retiré aucun bénéfice de plusieurs *dilatations extemporanées*.

OBSERVATION II

Rognella (Gazette Médicale de Paris. Juin 1836, p. 385).

Le 10 août 1836, une jeune fille de vingt-trois ans, graveuse de profession, de constitution lymphatique et habituellement bien portante, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, pour être traitée d'une très petite tumeur de l'intestin rectum qui sortait à chaque garde robe et qui l'incommodait singulièrement. Il est bon de dire d'abord que, six mois auparavant, cette jeune personne avait été *opérée et guérie d'une fissure à l'anus*, par Dupuytren.

La tumeur en question ayant donc été constatée à l'aide du toucher, elle fut excisée à l'aide de ciseaux courbes portés

sur le doigt. Cette tumeur, qui était implantée par un pédicule sur l'anus, et sur l'un des côtés de l'intestin, avait exactement le volume, la forme, la consistance d'un teton de mamelle d'homme. Divisée en deux avec un bistouri, sa substance parut blanche et consistante comme celle du col de la matrice à l'état normal, ou plutôt comme celles de certaines verrues. Ainsi que cela s'observe dans les véritables poireaux, cette tumeur était aussi couverte d'une sorte d'enveloppe épidermique. L'opération fut suivie d'un petit écoulement de sang, de douleurs intra-rectale pendant quelques jours. Mais enfin, la malade guérit et sortit peu après bien portante de l'hôpital.

Trois ou quatre mois plus tard, cette jeune fille rentra dans la même salle, accusant une reproduction de la même tumeur, avec plus de gêne que la première fois. On en fit l'excision pour la seconde fois, à l'aide d'égrignes et de ciseaux courbes ; l'opération fut difficile, car le sphincter était spasmodiquement et douloureusement resserré, et la tumeur n'avait exactement que le volume d'un petit pain. La texture était précisément la même que celle de la première observation. Après cette excision, douleur très vives, tantôt lancinantes, tantôt d'une autre nature, qui persistent pendant plusieurs jours, surtout pendant les gardes robes ; petites hémorrhagies passagères, les symptômes se dissipent peu à peu et vers le quinzième jours, la malade semble guérie. Elle était sur le point de quitter l'hôpital, quand elle s'aperçut de l'existence d'une troisième tumeur, semblable aux deux premières ; celle-ci paraissait avoir pour siège un autre endroit de la muqueuse rectale ; troisième excision,

même douleur , même guérison , sortie de l'hôpital.

A peine un mois s'était-il écoulé depuis cette guérison, que la jeune malade rentra pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, à cause d'une quatrième reproduction de la tumeur. Dupuytren était alors en Italie.

M. Breschet d'abord, puis M. Sauson, puis ensuite M. Breschet de nouveau, excisèrent tour à tour deux ou trois fois chacun les tumeurs verruqueuses rectales de cette fille, car il y en avait maintenant plusieurs : les petites tumeurs semblaient se reproduire à mesure qu'on les enlevait ; le spéculum fut appliqué à plusieurs reprises, et la malade éprouvait continuellement de vives douleurs pendant et après chacune de ces opérations. Les bains de siège, le repos au lit, les lavements émollients et opiacés calmaient cependant assez les souffrances. Ces souffrances étaient exaspérées par l'acte de la défécation, mais la malade semblait les exagérer. Du reste le calibre de l'intestin n'était pas réduit ; sa texture semblait saine et la santé générale était bonne. Après avoir dans l'espace de dix mois opérer cette jeune personne dix ou douze fois de la maladie que je viens de décrire, je l'ai perdue de vue et j'ignore ce que son mal sera devenu par la suite. Son état cependant n'offrait rien d'inquiétant lorsque j'ai cessé de la voir.

Il nous eut été facile, en consultant la littérature médicale, de reproduire un grand nombre d'observations du genre de celle-ci ; nous ne l'avons pas voulu, et n'avons transcrit celle-ci qu'à titre d'exemple type. En dehors de l'intérêt historique que présente l'observation de Rognetta

la première publiée à notre connaissance sur le sujet qui nous occupe, elle montre combien sont tenaces les végétations de la rectite proliférante et quelle est leur tendance à la repullulation. Un pareil cas ne suffirait-il pas à lui seul à faire le procès de l'*excision simple*. Notons en passant que la malade, qui n'étaient atteinte d'aucune affection diathésique, a vu se constituer son affection à la suite d'une *simple lésion irritative* : ici fissure à l'anus.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. Gérard Marchant, recueillie par M. Lenoir interne du service. Reproduit dans le traité de MM. Quenu et Hartmann.

Malade syphilitique, rétrécissement histologiquement inflammatoire.

L..., 33 ans ; entré en 1894 dans le service de M. Gérard Marchant à Ivry. Pendant son service militaire, il a contracté la syphilis (chancre de la verge suivi de roséole). Pendant dix huit mois, il prit des pilules mercurielles et des bains de sublimé, puis pendant environ six mois de l'iodure de potassium.

Vers l'âge de 26 ans il fut atteint d'entérite, caractérisée par des selles fréquentes, des douleurs abdominales et des vomissements ; depuis cette époque, les selles ont toujours été fréquentes et lientériques.

Depuis six ans environ il a la voix voilée.

Début de l'affection. — Le début de la maladie rectale remonte à 3 ans. Le malade avait des hémorroïdes avec fréquent écoulement de sang, ténesme rectal et selles sanglantes. Peu après il s'aperçut que ses chemises présentaient des tâches de pus. Cet écoulement de pus, d'abord diurne et disparaissant par le repos, devint bientôt continu ; le malade allait souvent à la selle, ayant depuis longtemps de la diarrhée. Mais quand par le hasard les selles étaient moulées, elles sortaient en ruban. S'inquiétant il vit plusieurs médecins. Aucun ne le toucha. On lui prescrivit des suppositoires, pommades, etc. Le malade alla à Saint-Louis service de M. Richelot. On fit le diagnostic fistule (!) puis hémorroïdes, et le malade fut soumis à la dilation en une seule séance sous le chloroforme. A la suite de l'opération les écoulements de sang et de pus redoublèrent, le malade sortit cependant ; il marchait difficilement, il vint à Laennec. Dans le service de M. Gérard Marchant le diagnostic rectite proliférante fut posé. De là le malade vint à Ivry.

Etat actuel. — Appétit bon, digestion bonne, peu de renvois et de flatulance, mais toujours un écoulement sanguinolent tachant le linge, obligeant le malade à se garnir. Cet écoulement est plus considérable quand le malade est debout.

Douleur. — Le malade ne souffre que très peu et seulement dans la position assise ou il ressent une sensation de gêne qu'il localise au coccyx. S'il se lève brusquement, il a une sensation de pesanteur dans la région anale.

Examen des divers appareils. — Les poumons paraissent absolument sains. Foie, rate, cœur normaux. Testicules

sains. Les veines des membres inférieurs sont légèrement variqueuses.

Le malade est bien conformé et assez bien musclé.

Examen local. — L'aspect extérieur de la région péri anale est normal.

En écartant les deux fesses pour examiner l'anus, on provoque l'écoulement d'une assez notable quantité de pus liquide, purulent, jaune clair peu lié.

L'orifice de l'anus est agrandi, surtout dans le sens vertical, et présente de nombreuses végétations, surtout sur la lèvre gauche. Ces excroissances, d'environ 3 à 4 millimètres d'épaisseur, sont aplaties, rosées, à contours assez réguliers.

Leur consistance est molle, elles se laissent assez facilement déprimer lorsque l'on veut introduire le doigt dans l'anus.

Toucher. — Le doigt pénètre facilement dans l'anus et sent la résistance du sphincter. Celui-ci paraît ne pas présenter de lésions. Immédiatement au-dessus, le doigt perçoit de très petites masses donnant l'impression de granulation. En pénétrant plus profondément, le doigt est arrêté par de petites tumeurs lui donnant la même impression que celles qui se trouvent à l'extérieur. Ces masses assez difficilement isolables les unes des autres, paraissent prendre racine sur toute la périphérie de l'ampoule rectale. Elles donnent assez bien comme forme, l'impression de quartiers d'orange incomplets qui convergeraient vers l'axe du rectum. En touchant légèrement, on s'aperçoit qu'elles se réunissent de manière à former un espèce de dôme dont le sommet cède cependant à la pression et livre passage à l'extrémité du doigt.

Le 7 avril. Opération de M. Gérard Marchant assisté de

Hartmann. Incision circulaire autour de l'anus ; on chemine en dedans du sphincter, dont on décolle le rectum de façon à conserver ce muscle isolé du rectum jusqu'au dessus des végétations. Abaissement assez considérable. Section en deux lambeaux, un antérieur, un postérieur. Excision de toute la portion malade du rectum ; suture du bout supérieur à la Pean après abaissement. Drain dans le rectum. gaze iodoformée. Menaces de syncope une fois l'opération terminée. Piquûres d'éther. Respiration artificielle.

Le 7 au soir 38°8, malade assez bien, pouls fréquent, mais ample, pas de vomissements, pas de diarrhée. Ext. Théb. 0 gr. 05, lait, thé au rhum.

Le 8, matin, 39°2. 1 gr. sulf. quinine. Ext. théb. 0. gr. 05, lait, soir 37°9.

Le 9 au matin, 36°5. Diarrhée, le malade a sali son pansement, qui est plein de matières jaunâtres et liquides. drain remis en place. Pansement mixte. Ext. Théb. 0 5r. 05. Soir, 38°8.

Le 10 a matin, 37°8 ; la diarrhée continue, le pansement est rempli d'une diarrhée jaunâtre. Pansement humide, drain supprimé. Clapier dans le creux ischio-rectal gauche. Lymphangite autour de l'anus ; quelques points de sphacèle aux sutures. Pouls fréquent, mais ample, facies légèrement abdominal. S. n. B. 4 gr. ; benzonaphtol. 2 gr. ; ext. théb. 0 gr. 05. Soir 38°7.

Le 11 au matin, 38°. Diarrhée incessante, pansement humide ouvert. Etat général stationnaire, même traitement. Le soir, 38°2.

Le 12 matin, 37. Diarrhée incessante, quelque peu de sphacèle au sutures. Clapier ischio-restal plus amélioré. On

enlève les sutures. Pansement humide ouvert. Même traitement. Soir 37°1.

Le 13 au matin, 36°8, soir 37°. Etat stationnaire. Diarrhée considérable. Même traitement, alcool. Soir 37°4.

Le 15 matin, 37°1, soir 37°2. Le malade semble moribond, yeux ternes, pouls petit ; ne répond plus aux questions. Piqûre d'éther, 1 gr. à 10 heures et demie du matin, 5 centigr. d'opium. Même traitement interne. Diarrhée moins considérable le matin. Pas de vomissements. A 3 heures, légère amélioration, ventre non sensible ; le malade reprend connaissance. La diarrhée redevient abondante. Sous nitrate de bismuth.

Le 16 matin, 37°5. Etat général meilleur, pommettes légèrement colorées. Diarrhée très abondante, *verte*. Même pansement. 2 cent. 5 d'opium. Alcool, Champagne, soir 37°. S. n. bismuth.

Le 17 au matin, 36°9. Opium intrus. Diarrhée moins abondante, faiblesse extrême, facies tiré, yeux encavés, nez effilé, pouls petit, filiforme. Pas douleurs abdominales. Pas de vomissements. Le soir 37°7.

Le 18, 37°2. Etat stationnaire. Le soir, diarrhée très fortement sanguinolente.

Mort le 19, à 3 heures du matin.

Examen histologique du rétrécissement par M. Toupet.
— Sur aucune portion de la muqueuse on ne trouve de revêtement épithélial, cylindrique corné ou autre.

La couche superficielle est la couche embryonnaire assez épaissi, très vascularisée, avec des vaisseaux la plupart perpendiculaires à la surface de la muqueuse. Au

dessous, couche scléreuse avec des trainées embryonnaires diffuses.

Les couches musculaires, parfaitement reconnaissables, sont comme dissociées par des trainées inflammatoires, sur la couche la plus interne (la plus rapprochée de la muqueuse) on ne voit pas de nodules et les vaisseaux artériels ne présentent pas d'inflammations de leur membrane interne.

Remarques. — Si le lecteur veut bien rapprocher cette observation de la suivante il tombera d'accord avec nous que la cure radicale non précédée de dérivation des matières est dans bien des cas à rejeter

Dans ce décès opératoire il faut incriminer en effet non seulement la diarrhée sanguinolente qui a épuisé le malade mais encore son état de cachexie et l'infection de la plaie par les déjections.

Ces deux derniers facteurs eussent été écartés par l'opération préliminaire sur l'S iliaque.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. Gérard Marchant reproduite dans l'étude de M. Sourdille sur les rétrécissements tuberculeux du rectum. — Examen histologique de cet auteur.

Rectite végétante avec rétrécissement.

La nommée G... (Camille), âgée de 48 ans, entre en décembre 1894, à Tenon, dans le service de M. Gérard Marchant. Ses antécédents sont les suivants : son père est mort

de tuberculose pulmonaire. Elle a été réglée à 15 ans. En 1890, elle a été opérée, par M. Felizet, pour une petite tumeur du rectum, opération qui a laissé comme trace une cicatrice de deux centimètres de longueur à la partie postérieure de l'anus. Depuis cette opération, la malade avait une excellente santé. Pas de maladies vénériennes. Pas de troubles de la défécation.

Le début des accidents actuels remonte seulement au mois d'août 1894, la malade commence alors à perdre du sang et du pus par l'anus. La défécation devint difficile, très douloureuse ; les matières devinrent filiformes. Elle rentra alors à Ivry (octobre 94) dans le service de M. Gérard Marchant. A ce moment la malade présentait un état général grave : amaigrissement considérable, anorexie, écoulement abondant de sang et de pus par l'anus. M. Gérard Marchant pratiqua alors un anus iliaque (décembre 94). A l'ouverture de l'intestin des végétations analogues à celles de l'ampoule rectale furent constatées.

A la suite de cette opération, la malade reprit ses forces ; les douleurs anales disparurent et actuellement la malade a bon appétit, et présente un état général assez bon, bien qu'elle soit pâle et bouffie ; elle perd encore un peu de sang et de pus par l'anus ; toutes les matières passent par l'anus iliaque.

Examen local. — Dans la rainure interfessière on constate la cicatrice déjà signalée. Le pourtour de l'anus est érythémateux. Pas de végétations, pas de condylôme, pas d'hémorrhoides.

Le toucher rectal est très douloureux, le doigt traverse cependant facilement la région sphinctérienne qui est très dilatable, lisse, sans induration. Au dessus du sphincter la

muqueuse a perdu sa souplesse normale ; elle est recouverte dans toute son étendue de granulations pédiculées dont la grosseur varie depuis celle d'un grain de chénevis à celle d'une noisette ; ces végétations saignent facilement au toucher et sont surtout nombreuses sur la paroi postérieure.

Fait important à noter, l'ampoule rectale, bien que laissant encore facilement passer le doigt, est notablement diminuée de calibre et n'est plus dilatable.

Opération. — Le 13 février 1895, M. Gérard Marchant pratique l'extirpation complète de toute la partie inférieure du rectum.

Les suites de l'opération ont été excellentes, et actuellement la malade est parfaitement rétablie.

Examen de la pièce. — La pièce que M. G. Marchant a bien voulu nous confier, mesure environ 8 centimètres de haut sur autant de large. Elle représente toute la portion inférieure du rectum ouverte et étalée. Les tuniques rectales ne sont pas sensiblement modifiées dans leurs épaisseurs, sauf au niveau de la partie supérieure où les parois sont plus épaisses. Ce qui frappe tout d'abord dans cet examen, c'est que la dilatation normale de la portion ampullaire n'existe plus et que le calibre rectal est sensiblement égal sur toute la hauteur de la pièce, la muqueuse rectale présente des végétations dont le nombre très considérable dépasse certainement cent ; elles varient de la dimension d'un grain de blé à celle d'une noisette les unes sont arrondies, les autres sont cylindriques, certaines rappellent la forme d'une massue.

Sur les coupes microscopiques, voici ce qu'on constate : la muqueuse est épaissie et infiltrée de cellules embryonnai-

res, l'épithélium cylindrique est conservé ; les glandes en tube sont très allongées et dilatées.

La sous-muqueuse, également épaissie, est parcouru par des faisceaux fibreux à direction multiple, entrecroisant dans tous les sens ; les vaisseaux ont leur tunique externe infiltrée de cellules embryonnaires.

Les végétations ont la constitution suivante : elles sont formées d'un axe conjonctif, recouvert par la muqueuse rectale modifiée ; l'axe conjonctif est constitué de fibrilles délicats, entrecroisées, au milieu desquelles se trouve de gros capillaires en nombre considérable ; ils se continuent avec la sous muqueuse par un pédicule grêle, véritablement fibreux.

La muqueuse qui recouvre cette papille conjonctive est considérablement épaissie et infiltrée ; ses glandes en tubes très allongées. Dans certaines végétation, l'axe conjonctif est très réduit, et les tubes glandulaires constituent la plus grande partie de la tumeur ; certains de ces tubes sont flexueux, leur revêtement épithélial est formé presque entièrement de cellules caliciformes ; d'autres sont dilatés, remplis d'une substance muqueuse et constituent de véritables kystes intra-glandulaires.

Mais ce qui est intéressant, dans ces coupes, c'est la présence, dans la muqueuse et dans l'axe conjonctif, des végétations de nombreux amas arrondis de cellules embryonnaires formant de véritables nodules ressemblant à des follicules clos hypertrophiés. En de certains points même, les follicules sont confluent ; quelques uns sont dégénérés à leur centre, mais on n'y trouve ni cellules géantes à carac-

tères très nets, ni bacille de Koch ; cependant, et nous insistons sur ce point, l'inoculation de portions de ces tumeurs faites sous la peau de deux cobayes par notre collègue **Durante** a donné lieu à une tuberculose généralisée chez ces animaux.

Remarques. — Cette observation est le corollaire de la précédente. Ici, opération *en deux temps* et résultat excellent, nous croyons savoir que, depuis, la maladie a récidivé ; ce fait venant appuyer ce que nous avons dit de la tendance à la repullulation de ces proliférations rectales.



CONCLUSIONS

1° La rectite proliférante n'est pas une au point de vue anatomo-pathologique. On doit décrire sous ce nom un processus dont les causes sont multiples, mais qui n'en constitue pas moins un syndrome clinique bien déterminé.

2° Trois périodes doivent être décrites à la rectite proliférante : période prémonitoire ou de rectite. Période de prolifération. Période de rétrécissement.

3° La période prémonitoire ne manque jamais. Le malade a toujours un « passé rectal ».

4° La période de rétrécissement à peine indiquée ou tout à fait passée sous silence dans les précédents travaux faits sur notre sujet nous semble à peu près fatale.

5° Le pronostic est grave, souvent fatal, tant du fait de la maladie elle-même de ses complications, que par sa tendance fâcheuse à la repullulation après l'opération.

6° Le traitement de choix nous paraît devoir être

l'extirpation du rectum précédée de la création d'un anus iliaque qui permette de dériver le cours des matières, et d'assurer ultérieurement l'asepsie de la plaie opératoire.

Vu :

Le Président de la Thèse,
P. BERGER.

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Rognetta.** — Verrues de l'intestin rectum. *Gaz. méd. Paris*, 18 juin 1836.
- Curling.** — Diseases of the rectum. London, 1855.
- Quain.** — Diseases of the rectum. London, 1855.
- Carl Wedl.** — Rudiments of pathological histol. London, 1855.
- Gosselin.** — Cliniques de la Charité, vol. III.
- Molliere.** — Maladies du rectum.
- Hamonic.** — Thèse de Paris, 1885.
- Reclus.** — *Arch. gén. méd.* 1885, vol. II.
- Noël Hallé et Melville Wasserman.** — Annales des maladies des voies génito-urinaires, 1891 et 1894.
- Delbet et Mouchet.** — *Arch. gén. méd. méd.* 1893, vol. II.
- Tillaux.** — Médecine moderne, 1894. Vol. V.
- Sourdille.** — *Bull. soc. anat. Paris*, Déc. 94, et *arch. gén. méd.* 1895.
- Quenu et Hartmann.** — Chirurgie du rectum, Paris, 1895.

